

FÁTIMA JUAN MANGAS; IVÁN RAMOS GODOS; LAURA PANIAGUA ANDRÉS;
EVA VICO MARTINEZ; JOSÉ MARÍA VILORIA GUTIÉRREZ

Objetivos

Presentar el manejo médico-quirúrgico de una lumbalgia con irradiación a MMII con datos radiográficos de malignidad.

Material y metodología

Se presenta una mujer de 61 años con dolor lumbar durante 3 meses con irradiación a MMII. Sin antecedente traumático. AP: Fumadora-IPA: 50.

A la exploración presenta dolor lumbar irradiado en cinturón y MMII, exacerbado con los movimientos del tronco. Sin otra clínica neurológica acompañante.

Se solicitan las siguientes pruebas de imagen:

1. Rx columna lumbar (AP y lateral): desaparición de pedículo izquierdo de L3 (Fig. 1).
2. TC Lumbosacro: Lesión lítica con masa de partes blandas que afecta a 2/3 izquierdos del cuerpo de L3 sugestiva de tumoral; destrucción del muro posterior y pedículo izquierdo. Fractura-hundimiento del borde superior de L4. Masa de partes blandas en recesso lateral izquierdo y región anterior del canal medular, comprimiendo el saco dural (Fig.2).
3. RM lumbar para evaluar inestabilidad (Fig.3).
4. TC Toraco-Abdomino-Pélvico para estudio de extensión.

El diagnóstico final es:

- Fracturas patológicas L3-L4 sospechosas de metástasis.
- Masa renal sugestiva de carcinoma de células claras.
- Nodulillos pulmonares metastásicos con implantes pleurales.

El hallazgo de metástasis pulmonares y pleurales descarta la resección oncológica radical lumbar (corpectomía) con intención curativa.

La necesidad de IQ del tumor primario por Urología (posición de nefrectomía-Pillet) obliga a realizar biopsia de L3 e instrumentación en el mismo acto quirúrgico. Se realiza artrodesis PLT L1-L2 y L4-L5 bilateral cementada con resección del arco posterior y pedículos de L3 más liberación radicular y de canal (Fig. 4).

Resultados

El estudio histológico de L3 muestra tejido óseo compatible con fractura parcialmente organizada y tejido fibromuscular con fascículos de músculo estriado. Sin signos de malignidad.

Tras la fusión lumbar la paciente evoluciona favorablemente del dolor lumbar. Continúa seguimiento y tratamiento por Urología.

Conclusiones

Conocer los síntomas de alarma del dolor lumbar es fundamental para sospechar afectación metastásica con compresión medular incipiente.

Son imprescindibles algoritmos diagnóstico-terapéuticos que indiquen la biopsia como primera prueba diagnóstica. Aunque, valorando individualmente cada caso, pues la urgencia de intervención sobre la lesión primaria puede obligar a biopsiar e instrumentar en el mismo acto; especialmente, si las lesiones asociadas descartan la posibilidad de una cirugía oncológica más agresiva



Fig. 1 Rx AP CLS.



Fig. 2 Corte sagital TC.

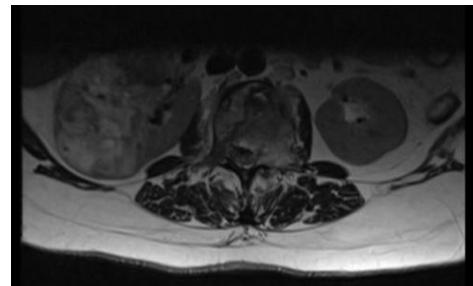


Fig. 3 Corte axial RM: masa renal y afectación vertebral.



Fig. 4 Rx AP CLS tras artrodesis.